

ESPONDILECTOMÍA TOTAL EN BLOQUE (TÉCNICA DE TOMITA) EN METÁSTASIS VERTEBRAL TORÁCICA DE ADENOCARCINOMA DE MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Manuel Segura-Trepichio(1), Jose Manuel Montoza-Núñez(1), Noemí Rodríguez (2) David Candela-Zaplana(1)

1. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario del Vinalopó-Elche.

2. Servicio de Neurofisiología Clínica, Hospital Universitario del Vinalopó-Elche.

INTRODUCCIÓN

Las metástasis espinales son enfermedades sistémicas con varias opciones de tratamiento quirúrgico. Dichas opciones varían en el grado de resección tumoral. La estimación preoperatoria del periodo de supervivencia es el factor más importante para la selección de la adecuada técnica quirúrgica(1). Las técnicas quirúrgicas varían desde aquellas con intención paliativa (resección parcial de la lesión) o técnicas radicales con intención curativa. Dentro estas últimas se encuentra la espondilectomía total en bloque, descrita por primera vez por Roy Camille y popularizada por Tomita a través de un abordaje único posterior(2,3)

MATERIAL Y MÉTODOS

Una mujer de 55 años de edad, con antecedente de adenocarcinoma de mama 10 años antes, fue derivada a la consulta de Traumatología por dolor dorsal. En la exploración física no se objetivaron alteraciones neurológicas. Los estudios de extensión Rm, Tac y PET revelaron la existencia de lesión vertebral T7 aislada sin extensión a otras vertebrae ni a otros órganos extraespinales (Figura 1). La biopsia guiada por Tac evidenció la presencia de infiltración ósea por adenocarcinoma de origen mamario. Según el algoritmo de tratamiento para metástasis vertebrales de Tokuhashi, estaba justificada la realización de una espondilectomía total en bloque de la vertebra torácica afectada por la lesión. Dicha cirugía se realizó según la técnica descrita por Tomita. Primero se instrumentaron las vértebras de los 3 niveles superiores y 2 inferiores, a continuación, se resecaron los elementos posteriores de la vértebra lesionada, efectuando un corte con sierra de alambre a través de los pedículos vertebrales (Figura 2) Tras esto, se colocó la barra de trabajo, una vez estabilizada la columna, se reseco la costilla que se inserta entre la vertebra afectada y la vertebra superior. Una vez disecada la raíz y la arteria segmentaria, se ligaron ambas estructuras y se disecó la parte anterior del cuerpo vertebral separando la aorta y v.cava.(Fig 3). Una vez expuesto el borde anterior del cuerpo vertebral, se procedió al corte con la sierra a través del disco superior e inferior. Una vez liberado el cuerpo se procedió a la retirada completa del soma vertebral rodeando el saco dural y la médula.(figura 4-8). Finalmente se colocó una malla anterior con injerto de hueso (figura 9). Al 2º día se permitió la deambulación con corsé.



Fig 1 Estudio de extensión: PET-Tac, captación en vertebra T7, RM sagital y axial

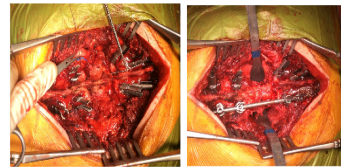


Fig 2 Corte de pedículos vertebrales

Fig 3 Disecación de la parte anterior de la vertebra

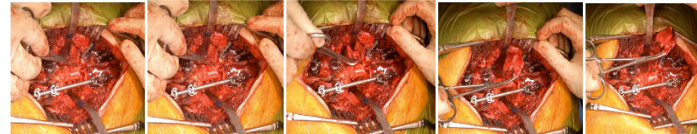


Fig 4 - 7 Maniobra de extracción del cuerpo vertebral

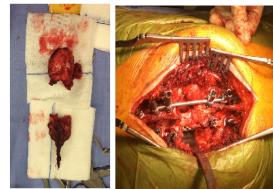


Fig 8 Cuerpo vertebral T7

Fig 9 Cilindro de titanio anterior con injerto óseo



Fig 10 Deambulacion con corsé en hiperextension 2º día postquirúrgico

RESULTADOS

Tras 12 meses postquirúrgicos, la paciente se encuentra libre de síntomas, con total autonomía para actividades de la vida diaria y sin recidiva de la enfermedad en las pruebas radiológicas de control (Figura 11,13).

CONCLUSIONES

La estimación del periodo de supervivencia debe considerarse antes de plantear el tratamiento de las metástasis vertebrales. La espondilectomía total en bloque, resulta efectiva para el tratamiento de lesiones únicas vertebrales.

Referencias Bibliográficas

1. Tokuhashi Y, Matsuzaki H, Oda H, Oshima M, Ryu J. A revised prognosis. Spine (Phila Pa1976). 2005 Oct 1;30(19):2186-91. PubMed PMID: 16205345.
2. Roy-Camille R, Mazel Ch, Sallant G, Lapresse Ph (1990) Treatment of malignant tumors of the spine with posterior instrumentation. In: Sundaresan N, Schmidt HH, Schiller AL. et al (eds) Tumors of the spine: Saunders, Philadelphia, pp 473-487. diagnosis and clinical management.
3. Tomita K, Kawahara N, Baba H et al (1994) Total en bloc spondylectomy for solitary spinal metastases. Int Orthop 18:291-296.



Fig 11 - 13 Radiografía lateral, AP, TAC a los 12 meses